

Rev. Latino-Am. Enfermagem  
jan.-fev. 2015;23(1):155-61  
DOI: 10.1590/0104-1169.3523.2537  
[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)

Artigo Original

## Adaptação cultural, validade de conteúdo e confiabilidade interobservadores do “*STAR Skin Tear Classification System*”<sup>1</sup>

Kelly Cristina Strazzieri-Pulido<sup>2</sup>

Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos<sup>3</sup>

Keryln Carville<sup>4</sup>

Objetivos: realizar a adaptação cultural do *STAR Skin Tear Classification System*, para a língua portuguesa e testar a validade de conteúdo e a confiabilidade interobservadores da versão adaptada. Métodos: estudo metodológico com abordagem quantitativa. A adaptação cultural foi desenvolvida em três fases: tradução, avaliação por comitê de juízes e retrotradução. O instrumento foi testado quanto à validade de conteúdo e confiabilidade interobservadores. Resultados: a versão adaptada obteve um nível regular de concordância quando aplicada por enfermeiros em fotografias de lesões por fricção. Quando aplicada na prática clínica, a versão adaptada obteve nível moderado e estatisticamente significativo de concordância. Conclusão: o estudo atestou a validade de conteúdo e a confiabilidade interobservadores da versão adaptada para a língua portuguesa. Sua inclusão na prática clínica possibilitará a correta identificação desse tipo de lesão, além da implementação de protocolos para a prevenção e tratamento das lesões por fricção.

Descritores: Ferimentos e Lesões; Envelhecimento da Pele; Estudos de Validação.

<sup>1</sup> Artigo extraído da dissertação de mestrado “Adaptação cultural e validação do instrumento “*Star Skin Tear Classification System*”, para a língua portuguesa no Brasil”, apresentada à Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>2</sup> MSc, Enfermeira, Instituto do Câncer do Estado de São Paulo “Octavio Frias de Oliveira”, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>3</sup> PhD, Professor Associado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>4</sup> PhD, Professor, Primary Health Care and Community Nursing, Silver Chain and Curtin University, Perth, WA, Austrália.

Correspondência:

Kelly Cristina Strazzieri-Pulido

Rua Bacairis, 156

Vila Formosa

CEP: 03357-050, São Paulo, SP, Brasil

E-mail: [kellycpulido@gmail.com](mailto:kellycpulido@gmail.com)

**Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

## Introdução

*Skin tear*, como conhecida internacionalmente, é uma ferida traumática resultante de fricção ou de fricção e cisalhamento, levando à separação da epiderme da derme ou separando ambas das estruturas subjacentes<sup>(1)</sup>. Associada à pele frágil, é comum entre debilitados e dependentes, com mobilidade e nutrição comprometidas, como os idosos<sup>(1)</sup>, aqueles em fase terminal da vida<sup>(2)</sup> e neonatos<sup>(3)</sup>.

Tema pouco conhecido no Brasil, as *skin tears* foram denominadas de laceração<sup>(4)</sup>. Apesar de parecer mera semântica, o fato de não possuir nomenclatura própria constitui importante barreira para a implementação de medidas preventivas específicas e técnicas adequadas de tratamento. Contar com linguagem uniformizada e instrumento de classificação confiável é fundamental para a avaliação da ferida e planejamento do cuidado, além de imprescindível para o desenvolvimento de estudos e utilização de seus resultados na prática clínica<sup>(5)</sup>.

Os primeiros que propuseram nomenclatura e sistema de classificação para *skin tear* foram Payne e Martin<sup>(1)</sup>. Embora essa classificação seja a mais utilizada, suas propriedades de medida não foram atestadas<sup>(1)</sup>. Por não existir nomenclatura e instrumento de classificação universalmente aceitos<sup>(6)</sup>, Carville et al.<sup>(7)</sup> redesenharam o instrumento de Payne e Martin à luz da prática, baseada em evidências. O resultado foi o *STAR Skin Tear Classification System* (STAR), um instrumento simples, completo, fácil de aplicar, com validade de conteúdo, confiabilidade interobservadores atestadas e termos e definições padronizados<sup>(7)</sup>.

O STAR é constituído de guia de tratamento, sistema de classificação e glossário. O guia de tratamento conta com seis tópicos relacionados aos cuidados com a ferida e a pele ao redor. O sistema de classificação avalia a presença/ausência do retalho de pele e sua viabilidade. Possui cinco fotografias, cada uma relacionada a sua respectiva descrição de categoria de *skin tear*. Por último, no verso do instrumento há o glossário, que traz as definições de *skin tear* e de termos técnicos relacionados ao assunto<sup>(8-9)</sup>.

Visando à sistematização dos conhecimentos acerca desse tipo de lesão, considerou-se como objetivo realizar a adaptação cultural do STAR (guia de tratamento, sistema de classificação e glossário) para a língua portuguesa do Brasil, além de testá-lo quanto à validade de conteúdo e confiabilidade interobservadores.

## Métodos

Para realizar a adaptação cultural e testar a validade de conteúdo e confiabilidade interobservadores do STAR, formalizou-se autorização conferida pela Profa. Dra. Carville, coordenadora do projeto STAR, à Profa. Dra. Santos. O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo aprovou o projeto (processo nº 859/2009/CEP-EEUSP) e o Instituto do Câncer do Estado de São Paulo "Octavio Frias de Oliveira" (ICESP) aprovou a aplicação clínica. Todos os aspectos éticos necessários à pesquisa com seres humanos foram respeitados. O consentimento de todos os participantes foi obtido antes de sua inclusão no estudo, assegurando o anonimato a todos.

Este trabalho constitui um estudo metodológico com abordagem quantitativa, em que foi realizada a adaptação cultural e testadas as propriedades de medida validade de conteúdo e confiabilidade interobservadores<sup>(10-11)</sup>. A adaptação cultural foi desenvolvida em três fases:

- Tradução: conversão do STAR para o português. Foram realizadas duas traduções do STAR para o português: uma de um brasileiro ligado à área da saúde e outra de um brasileiro leigo. Ambos fluentes em inglês.
- Avaliação por comitê de juízes: validação de conteúdo da versão em português<sup>(10)</sup>. O comitê de juízes foi composto por seis enfermeiros brasileiros (estomaterapeutas ou especialistas em dermatologia), fluentes em inglês e conhecedores dos conceitos a serem analisados. Fundamentados nas análises de equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual<sup>(11)</sup>, os juízes analisaram, inicialmente, o instrumento como um todo, determinando sua abrangência, isto é, se cada conceito foi adequadamente coberto pelo conjunto de itens e se todas as dimensões foram incluídas. Além disso, também analisaram o instrumento por itens individuais, verificando clareza e pertinência. Em relação à clareza, avaliaram a redação dos itens, se foram redigidos de forma que os conceitos envolvidos estivessem compreensíveis e se eram adequadamente expressos. Quanto à pertinência ou representatividade, avaliaram se os itens realmente refletiam os conceitos envolvidos, se eram relevantes e adequados para atingir os objetivos propostos. Avaliaram ainda, a redação dos itens como garantia que os conceitos seriam compreendidos pelos usuários e se refletiam os originalmente propostos, baseando-se em conhecimentos de fisiopatologia da lesão, com liberdade de sugestões para adequações e melhorias necessárias em cada item. Após recebimento das análises dos juízes, as autoras procederam à análise

da equivalência entre elas e os aspectos controversos foram discutidos até obtenção de consenso. Adotou-se concordância de 80% para as análises de equivalências entre as avaliações. As pesquisadoras discutiram os aspectos controversos dessas avaliações e obtiveram uma versão em português, de conteúdo validado, a qual foi retrotraduzida.

- Retrotradução: conversão da versão em português para o inglês. Para Beaton e colaboradores<sup>(11)</sup> é uma forma de verificar a adequação da adaptação e detectar inconsistências da tradução. Foi realizada por dois tradutores leigos, brasileiros e ignorantes sobre os objetivos da tradução e distintos da primeira etapa de tradução. As retrotraduções foram enviadas à Dra. Carville para julgamento da equivalência com o instrumento original.

A validade de conteúdo foi atestada pelo comitê de juízes, como anteriormente descrito e a confiabilidade interobservadores foi testada de duas formas:

- Aplicação em fotografias da versão em português: 107 enfermeiros brasileiros que participavam do VIII Congresso Brasileiro de Estomatoterapia (25 a 29 de outubro de 2009, Goiás) aceitaram participar do estudo. Os enfermeiros foram instruídos a associarem as descrições das categorias das skin tears da versão em português, com as cinco fotografias de skin tears do STAR, propositadamente colocadas fora da ordem original. Vale ressaltar que, os enfermeiros desconheciam o STAR ou outra classificação de skin tear.

- Aplicação clínica da versão em português: a confiabilidade interobservadores também foi testada por 20 enfermeiros que classificaram skin tears em pacientes hospitalizados, utilizando a versão em português do STAR. Todos os 20 enfermeiros que aceitaram participar do estudo eram brasileiros, membros da equipe de enfermagem do hospital e alegaram desconhecer o STAR ou outra classificação de skin tear.

Nessa etapa, todos os pacientes internados nas unidades de internação e terapia intensiva do ICESP, com 18 anos ou mais e que aceitaram participar do estudo, foram submetidos à entrevista e inspeção visual da pele, no intuito de identificar as skin tears. Dados sociodemográficos e clínicos também foram coletados dos prontuários. Foram avaliados 10 leitos/plantão (manhã, tarde e noite), em nove dias consecutivos, de 10 a 18 de abril de 2010. Nenhum leito, paciente ou lesão foi repetido.

As skin tears foram classificadas pela investigadora principal (padrão-ouro), de acordo com a versão em português do STAR. Consecutivamente, com o

paciente mantendo a mesma posição, cada enfermeiro da unidade de procedência do paciente realizava, independentemente, sua classificação, também com a versão em português do STAR.

Para a análise dos dados sociodemográficos e clínicos, utilizaram-se medidas de tendência central. A confiabilidade interobservadores foi avaliada pelo *kappa* ponderado (*kw*). Valores negativos representam concordâncias menores do que o esperado pelo acaso ou inconsistência do teste<sup>(12-13)</sup>. A concordância é excelente se *kw* > 0,8 e fraca se *kw* < 0,2<sup>(14)</sup>. A atribuição dos valores quanto aos pesos é subjetiva e depende do contexto<sup>(13)</sup>. A Figura 1 mostra a interpretação da distribuição do *kw* de acordo com o nível de concordância. Testes com nível descritivo menor que 5% (*p* < 0,05) foram considerados estatisticamente significativos.

Índice de <i>Kappa</i>	Nível de Concordância
< 0,0	Inexistente
0,0   0,2	Fraca
0,2   0,4	Regular
0,4   0,6	Moderada
0,6   0,8	Boa
0,8   1,0	Excelente

\* Adaptado de Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1997;33:159-74<sup>(14)</sup>

Figura 1 – Índices de *kappa* ponderado de acordo com o nível de concordância.

## Resultados

Os resultados são apresentados de acordo com as etapas descritas nos métodos.

## Adaptação cultural

### Tradução

Obteve-se duas versões em português do STAR. Os tradutores relataram dificuldade com *skin tear*, *bruising* e *dusky*. No que diz respeito a *skin tear*, não existe termo equivalente em português e, em relação aos termos *bruising* e *dusky*, os dicionários bilíngues Inglês - Português traduzem *bruising* como inflamado ao invés de equimose, e *dusky*, como escuro, opaco, ao invés de isquemia. Apenas o tradutor leigo relatou dificuldade em traduzir o instrumento, o outro tinha experiência na tradução de documentos médicos. As demais diferenças versaram sobre sinônimos, tempos verbais e preposições, não comprometendo quaisquer equivalências.

### Avaliação por Comitê de Juízes

Para as análises de equivalência semântica e idiomática, o grau de concordância entre os membros do comitê foi de 81,8%. Os juízes também relataram dificuldades em adaptar a expressão *skin tear*. Uma vez que não há equivalente idiomático ou cultural no Brasil, optaram (83,3%) por tradução literal. Pela falta de vocábulo equivalente para o idioma e uma vez que, a expressão escolhida pelo comitê de juízes não constituiu um bom equivalente cultural, além de não contemplar todo o conteúdo da expressão em inglês, os investigadores assumiram a responsabilidade de escolher a expressão mais apropriada, ou seja, lesões por fricção. A partir deste estudo será utilizado lesão por fricção ao invés de *skin tear*.

### Retrotradução

Não foram relatadas dificuldades em ambas as retrotraduções. Todos os termos foram retrotraduzidos identicamente ao original, com a única exceção para *dusky* traduzida por *opaque*, em uma das versões. Enviadas à Profa. Dra. Carville, a autora do instrumento original constatou excelente equivalência de ambas as versões com a original.

### Confiabilidade interobservadores

#### Conjunto fotográfico

Considerando-se as cinco categorias de lesões por fricção, em que cada uma foi classificada por 107 enfermeiros, 535 observações foram obtidas.

Na Tabela 1, apresentam-se as frequências de erros e acertos para cada categoria de lesão por fricção.

A frequência de acertos foi menor do que a de erros, em todas as categorias, com exceção da 2b (56/ 52,3%). As categorias 1b e 2a apresentaram frequências de erros superiores a 60,0% (70/ 65,4% e 65/ 60,7% respectivamente).

Tabela 1 - Erros e acertos dos respondentes para cada categoria de lesão por fricção da versão em português, quando aplicada para o conjunto fotográfico. São Paulo, SP, Brasil, 2010

Categorias de lesão por fricção	Erros		Acertos		Total	
	n	%	n	%	n	%
Categoria 1a	56	52,3	51	47,7	107	100,0
Categoria 1b	70	65,4	37	34,6	107	100,0
Categoria 2a	65	60,7	42	39,3	107	100,0
Categoria 2b	51	47,7	56	52,3	107	100,0
Categoria 3	61	57,0	46	43,0	107	100,0

Total	303	56,6	232	43,4	535	100,0
-------	-----	------	-----	------	-----	-------

Na Tabela 2, apresentam-se os níveis de concordância entre as respostas dos enfermeiros e o gabarito do instrumento de coleta de dados – fotografias.

Tabela 2 - Respostas dos enfermeiros sobre as categorias de lesão por fricção da versão em português, quando aplicada para o conjunto fotográfico, segundo níveis de concordância (índice de *kappa* ponderado). São Paulo, SP, Brasil, 2010

Nível de Concordância	Nível de Concordância (kw)	Número de respostas	%
Inexistente	< 0,0	307	57,4
Fraca	0,0   - 0,2	-	-
Regular	0,2   - 0,4	79	14,8
Moderada	0,4   - 0,6	149	27,8
Boa	0,6   - 0,8	-	-
Excelente	0,8   - 1,0	-	-
Total		535	100,0

A Tabela 2 mostra que a maioria (307/57,4%) das 535 respostas obteve nível de concordância inexistente e somente 149 (27,8%) obtiveram nível moderado. A versão em português obteve nível regular de concordância ( $kw = 0,286$ ), embora estatisticamente significativo ( $p < 0,001$ ).

### Aplicação clínica

Dos 183 pacientes internados à época da coleta de dados, cinco (2,7%) tinham nove lesões por fricção. Um paciente que apresentava três lesões por fricção recusou-se a participar do estudo e foi excluído da análise estatística. A média de idade dos pacientes foi de 63,7 anos (29 a 86 anos); três eram mulheres, três eram caucasianos, três eram aposentados e três relataram renda familiar mensal de um salário mínimo. Dois tinham câncer de intestino; dois apresentavam metástases e três submeteram-se a tratamento cirúrgico.

Quanto aos fatores de risco associados às lesões por fricção, quatro pacientes relataram história prévia, apresentavam equimoses ou hematomas e edema nas extremidades, rigidez e espasticidade, mobilidade prejudicada, eram dependentes para as atividades básicas de vida diária, sujeitos a transferências e reposicionamentos, quedas e batidas, utilizavam dispositivos invasivos, curativos adesivos e, em média, 5,7 medicamentos/pessoa.

Considerando-se que foram identificadas seis lesões por fricção e que cada uma delas foi classificada por cinco enfermeiros, 30 classificações foram obtidas.

Na Tabela 3, são apresentadas as frequências de erros e acertos para cada categoria de lesão por fricção.

Tabela 3 - Erros e acertos dos respondentes para cada categoria de lesão por fricção da versão em português, quando aplicada na clínica. São Paulo, SP, Brasil, 2010

Categorias de lesão por fricção	Erros		Acertos		Total	
	n	%	n	%	n	%
Categoria 1a	2	40,0	3	60,0	5	100,0
Categoria 1b	3	60,0	2	40,0	5	100,0
Categoria 2a	4	80,0	1	20,0	5	100,0
Categoria 2b	1	20,0	4	80,0	5	100,0
Categoria 3	4	40,0	6	60,0	10	100,0
Total	14	46,7	16	53,3	30	100,0

A frequência de acertos foi maior do que a de erros nas categorias 1a (3/ 60,0%), 2b (4/ 80,0%) e 3 (6/ 60,0%). Assim como na aplicação ao conjunto fotográfico, as categorias 1b e 2a apresentaram maiores frequências de erros (3/ 60,0% e 4/ 80,0%).

Na Tabela 4, apresentam-se os níveis de concordância entre as respostas dos enfermeiros e o padrão-ouro.

Tabela 4 - Respostas dos enfermeiros sobre as categorias de lesão por fricção da versão em português, quando aplicada na clínica, segundo níveis de concordância (índice de *kappa* ponderado). São Paulo, SP, Brasil, 2010

Nível de Concordância	Nível de Concordância (kw)	Número de respostas	%
Inexistente	< 0,0	14	46,7
Fraca	0,0   - 0,2	-	-
Regular	0,2   - 0,4	1	3,3
Moderada	0,4   - 0,6	2	6,7
Boa	0,6   - 0,8	9	30,0
Excelente	0,8   - 1,0	4	13,3
Total		30	100,0

Os resultados da Tabela 4 mostram que 14 (46,7%) das 30 respostas obtiveram concordância inexistente entre os enfermeiros e o padrão-ouro e apenas 13 (43,3%) obtiveram nível de bom a excelente. A versão em português obteve nível moderado e estatisticamente significativo de concordância ( $kw = 0,596$ ;  $p < 0,001$ ).

## Discussão

Na adaptação cultural, destaca-se a dificuldade dos tradutores e juízes referente à expressão lesão por

fricção. As autoras consideraram os termos propostos vagos e uma associação ruim com o original. O termo em português foi selecionado por remontar à etiologia da ferida e assemelhar-se a outro termo cultural e tecnicamente familiar - úlcera por pressão - ficando estabelecida a nomenclatura segundo sua causa: lesão por fricção. Embora a literatura recomende reunião entre juízes na falta de concordância, as autoras julgaram-se capacitadas a discutir os aspectos controversos e chegar à versão final adaptada para o português.

Nas retrotraduções não foram relatadas dificuldades com a expressão lesão por fricção escolhida para a versão em português, corroborando a adequação da sua escolha e a excelente associação entre o termo traduzido e o original. Apesar da falta de equivalência idiomática e cultural, a expressão ratificou equivalência conceitual.

Todas essas considerações levaram as pesquisadoras a considerarem atestada a validade de conteúdo do instrumento adaptado para o Brasil.

A confiabilidade interobservadores foi analisada por duas estratégias: fotográfica, como no estudo original<sup>(7)</sup>, e clínica<sup>(11)</sup>.

O pior desempenho do instrumento em fotografias pode ser atribuído à ausência de um conjunto fotográfico para comparação. Os enfermeiros correlacionaram as cinco fotografias do próprio instrumento às suas categorias correspondentes, portanto, não havia outras fotografias como base para comparação, diferentemente do estudo original de Carville et al.<sup>(7)</sup>. Para a aplicação do instrumento na clínica, no entanto, os enfermeiros puderam associar as fotografias do instrumento adaptado às feridas encontradas nos pacientes. Este detalhe pode ter conferido vantagem na utilização do instrumento, ampliando as explicações para as diferenças das análises estatísticas.

Na aplicação do instrumento original, realizada por Carville et al.<sup>(7)</sup>, 26 enfermeiros capacitados classificaram 25 fotografias de lesão por fricção. Os níveis de concordância ficaram abaixo de 65,0% para as categorias 1b, 2a e 2b. Um dos motivos para a baixa concordância foi a pior qualidade das fotografias dessas categorias, quando comparadas às fotografias das categorias 1a e 3. A aplicação do instrumento exclusivamente em fotografias constituiu uma limitação do estudo original<sup>(7)</sup>.

Nesse estudo, além da ausência de um conjunto fotográfico para comparação, também pôde-se observar impacto negativo com relação à qualidade das fotografias. Contudo, uma vez que a montagem de um banco de fotografias para comparação demandaria um trabalho a mais de validação, não somente de "conteúdo"

(imagens), mas de equivalência às fotos originais, o que já constituiria um outro estudo, optou-se por realizar a aplicação do instrumento também na prática clínica. Considerou-se que, para a avaliação de feridas, o modelo *in vivo* conferia a vantagem de avaliação tridimensional, além da possibilidade de inspeção e palpação da ferida à procura do retalho de pele. Palidez, opacidade ou escurecimento do retalho e da pele ao redor, assim como fragilidade, edema, descoloração ou equimose ao redor da ferida são mais adequadamente percebidos *in vivo* do que em fotografias.

Para a construção do instrumento original, a concordância obtida para cada categoria de lesão por fricção foi muito superior à obtida no presente estudo, em ambas as aplicações (fotografia e clínica), variando de 83,0% a 97,0%, sendo de 93,0% para o conjunto fotográfico<sup>(7)</sup>. Somente a categoria 1b obteve concordância abaixo dos 90,0%, ficando em 85,0%.

Nesse estudo, a categoria 1b também não apresentou bom desempenho em ambas as aplicações. A porcentagem de acertos foi de apenas 34,6% na aplicação em fotografias e um pouco melhor (40,0%) na prática clínica. Na versão do instrumento publicada em 2007<sup>(8)</sup> e utilizada neste estudo, essa categoria estava representada por uma lesão com suturas não invasivas. Assim, como a baixa qualidade dessa fotografia comprometeu os resultados obtidos no projeto STAR, provavelmente comprometeu também a concordância aqui obtida.

Quanto à diferença entre os resultados de ambos os estudos, outro aspecto a ser considerado relaciona-se ao fato dos autores originais<sup>(7)</sup> atestarem a confiabilidade interobservadores após capacitação dos enfermeiros envolvidos. Neste estudo, em nenhum momento os enfermeiros foram capacitados para utilizar o instrumento adaptado. Além disso, no Brasil, lesão por fricção não conta com equivalente idiomático ou cultural. Configurando-se esses dois fatos como limitantes do estudo.

O grau de cicatrização em que as feridas se encontravam também pode ter contribuído para os resultados obtidos. As categorias que apresentaram as maiores frequências de acertos, 2b (4/ 80,0%) e 1a (3/ 60,0%), durante a aplicação clínica, tinham, respectivamente, dois e três dias. Provavelmente, o fato de serem recentes facilitou a avaliação das condições do retalho de pele e do leito da ferida. Por outro lado, as categorias com as menores frequências de acertos, 2a (1/ 20,0%) e 1b (2/ 40,0%) contavam sete dias. Os retalhos de pele encontravam-se bem integrados ao

leito das feridas, dificultando a avaliação por parte de observadores menos atentos.

Para a lesão por fricção categoria 2a, a avaliação somente foi possível porque o leito da ferida deixava transparecer vestígios do retalho de pele. Da mesma forma, o retalho da lesão por fricção categoria 1b apresentava apenas um leve escurecimento, que passou facilmente despercebido por dois enfermeiros.

Apesar das lesões por fricção na categoria três já se encontrarem com sete dias de evolução cicatricial, a ausência do retalho de pele pode ter facilitado a avaliação, colaborando para maior frequência de acertos (6/ 60,0%). Na aplicação da primeira versão do instrumento original, a concordância obtida para a categoria três ficou acima de 90,0% e uma das hipóteses pondera que a avaliação do retalho de pele é mais difícil do que a do leito da ferida<sup>(7)</sup>.

Pode-se dizer que, a confiabilidade interobservadores foi atestada ao serem obtidos níveis de concordância moderados ( $kw = 0,596$ ) quando da aplicação clínica da versão em português.

A adaptação cultural do STAR e a realização de testes para validar seu conteúdo e confiabilidade interobservadores é a primeira iniciativa para despertar o interesse dos profissionais de saúde brasileiros acerca da problemática que envolve as lesões por fricção. Espera-se que este estudo inspire outras iniciativas, no intuito de identificar ambientes, situações e pessoas em risco, assim como fatores de risco, incidência e prevalência dessas lesões, próprias do Brasil. Além disso, a inclusão da avaliação desse tipo de ferida na prática clínica diária possibilitará a implementação de protocolos para a sua prevenção e o seu tratamento adequado. Vislumbrando o futuro, espera-se que as lesões por fricção gozem da mesma atenção, dedicação e cuidados que hoje as úlceras por pressão desfrutam, e que também sejam encaradas como um indicador de qualidade dos serviços de saúde.

Quanto a este estudo, embora atestadas duas propriedades de medida do instrumento, o processo de validação não se encerra aqui. A validação é um processo contínuo. Quanto mais evidências puderem ser reunidas sobre o que o instrumento está medindo e o que se propõe a medir, maior a confiança depositada nos resultados de sua utilização<sup>(11)</sup>.

Outras limitações além daquelas citadas até aqui devem ser apontadas. Não foi possível realizar qualquer comparação, além da que foi realizada com o original, uma vez que o instrumento não se encontra validado em outros idiomas. A inexistência de publicações acerca



das lesões por fricção e de estudos que envolvam outros instrumentos de classificação dessas feridas também impossibilitou a comparação dos achados obtidos neste estudo com os de outros autores.

Uma importante limitação refere-se à amostra institucional. A aplicação do instrumento na prática clínica ficou restrita a uma instituição e um único tipo de paciente, limitando o tamanho da amostra. Por outro lado, isso conduziu a uma situação inesperada: encontrar essa lesão em pacientes jovens e não somente em idosos, como reportado na literatura. O envelhecimento vem sendo apontado como o principal fator envolvido na fisiopatologia dessa lesão, contudo, a fragilidade da pele, presente também no outro extremo de idade e em algumas condições como a caquexia, caracterizam-na como fator preponderante<sup>(2)</sup>.

Recomenda-se que novas aplicações clínicas sejam realizadas, em outros tipos de instituições, e que os enfermeiros sejam capacitados para a utilização da versão adaptada para o português, por meio de protocolos de prevenção e tratamento de feridas, desenvolvidos por especialistas.

O Sistema de Classificação STAR – Lesão por Fricção está disponível gratuitamente na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP ([www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde.../Kelly\\_Pulido\\_ME.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde.../Kelly_Pulido_ME.pdf)).

## Conclusão

Este estudo possibilitou concluir que as propriedades de medida validade de conteúdo e confiabilidade interobservadores do instrumento STAR *Skin Tear Classification System* foram atestadas em sua versão adaptada para o português no Brasil e, portanto, a versão em português Sistema de Classificação STAR – Lesão por Fricção pode ser utilizada na prática clínica.

## Referências

1. Payne RL, Martin ML. Defining and classifying skin tears: Need for a common language. *Ostomy Wound Manage*. 1993;39(5):16-20.
2. Sibbald RG, Krasner DL, Lutz J. SCALE: Skin changes at life's end: final consensus statement: October 1, 2009. *Adv Skin Wound Care*. 2010;23:225-36;quiz:237-8.
3. Santamaria N, Carville K, Prentice J. Woundswest: Identifying the prevalence of wounds within western Australia's public health system. *EWMA J*. 2009;9(3):13-8.

4. Beldon P. Management options for patients with pretibial lacerations. *Nurs Standard*. 2008;22(32):53-60.
5. Battersby L. Exploring best practice in the management of skin tears in older people. *Nurs Times*. 2009;105(16):22-6.
6. Henderson V. Treatment options for pretibial lacerations. *J Wound Care*. 2007;34(35 suppl):S22-S6.
7. Carville K, Lewin G, Newall N, Haslehurst P, Michael R, Santamaria N, Roberts P. STAR: A consensus for skin tear classification. *Primary Intention*. 2007;15(1):8-25.
8. Skin Tear Audit Research. STAR: skin tear tool. Silver Chain Nursing Association and School of Nursing and Midwifery, Curtin University of Technology. 2007. [acesso 5 nov 2012]. Curtin, Australia. Disponível em: <http://www.silverchain.org.au/Documents/Research/Articles/STAR%20Skin%20Tear%20Tool.pdf>
9. Skin Tear Audit Research. STAR: skin tear tool. Silver Chain Nursing Association and School of Nursing and Midwifery, Curtin University of Technology. 2010. [acesso 5 nov 2012]. Curtin, Australia. Disponível em: [http://www.awma.com.au/publications/2010\\_wa\\_star-skin-tear-tool-g-04022010.pdf](http://www.awma.com.au/publications/2010_wa_star-skin-tear-tool-g-04022010.pdf)
10. Ferrer M, Alonso J, Prieto L, Plaza V, Monsó E, Marrades R, et al. Validity and reliability of the St George's Respiratory Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. *European Resp J*. 1996;9:1160-6.
11. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000;35(24):3186-91.
12. Fleiss JL, Levin B. Sample size determination in studies with matched pairs. *J Clin Epidemiol*. 1998;41:727-30.
13. Vieira AJ, Garret JM. Understanding interobserver agreement: the kappa statistic. *Fam Med*. 2005;37:360-3.
14. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33:159-74.

Recebido: 3.10.2013

Aceito: 28.11.2014